

## **ОСОБЕННОСТИ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК НЕЙТРАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

*Жукова Н.П., Киселева Ю.И.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Вульвовагиниты являются самым распространенным заболеванием у девочек допубертатного возраста. Дети, страдающие воспалительными заболеваниями гениталий, составляют 63% всех школьниц, посетивших кабинет детского гинеколога [2,4]. Согласно данным литературы [1,3], неспецифические вульвовагиниты, как правило, не являются самостоятельным заболеванием, а сочетаются с воспалительными заболеваниями слизистых разных органов. Так, при обследовании девочек с экстрагенитальными заболеваниями (инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит, хронический тонзиллит, бронхит, пневмония, аппендицит) установлено, что 72,2% из их числа страдают вульвовагинитами различной этиологии. Причем микрофлора влагалища у 63,7% девочек оказалась идентичной возбудителям основного заболевания.

Очаги хронической инфекции в организме поддерживают рецидивирование вульвовагинитов в связи со снижением общей и местной реактивности. Особенно значимы в этом плане заболевания органов мочевыводящих путей, поскольку общность эмбрио- и морфогенеза мочевыделительной и половой систем предрасполагают к общности патогенетических механизмов формирования органических и функциональных нарушений.

Исходя из вышеизложенного, целью нашей работы явилось выявление особенностей течения воспалительных заболеваний вульвы и влагалища у девочек нейтрального возраста на фоне заболеваний мочевыводящих путей.

Мы обследовали 60 девочек нейтрального возраста. Основную группу составили 45 пациенток, состоящих на диспансерном учете у уролога по поводу заболеваний почек и мочевыводящих путей. Пациентки с вульвагинитами, не имеющие сопутствующей нефроурологической патологии, составили группу сравнения (15 пациенток). Средний возраст пациенток основной группы составил  $4,6 \pm 0,4$  года, пациенток группы сравнения –  $4,9 \pm 0,5$  года.

Были использованы следующие методы исследования: изучение истории антенатального и постнатального периодов развития девочки, условий жизни, правил ухода за ребенком, анализ перенесенных заболеваний, общий и специальный осмотр, вульво- и вагиноскопия, бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из влагалища, посев мочи, общий анализ крови и мочи.

В результате проведенного обследования у 38 из 45 пациенток с нефроурологической патологией (84,4%) обнаружены клинические и лабораторные симптомы вульвовагинита. При этом 7 девочек страдали хроническим первичным пиелонефритом, 18 – вторичным хроническим пиелонефритом, 9 – хроническим рецидивирующим циститом и уретритом и 4 – интерстициальным нефритом. На фоне обменной нефропатии вторичный хронический пиелонефрит протекал у 9 пациенток; аномалий развития и положения почек (удвоение, опущение) – у 5, пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса – у 2. В результате экскреторной урографии у 13 больных девочек была выявлена атония мочевыводящей системы, у 3 – пиелозктазии.

Характер течения воспалительного процесса различался в группах девочек с наличием или отсутствием заболеванием мочевыделительной системы. Так, в основной группе девочек хроническое течение вульвовагинитов было отмечено у 17 (44,7%), в то время как в группе сравнения хронические вульвовагиниты встречались в 2,2 раза реже (20,0%). У девочек без сопутствующей нефроурологической патологии течение воспалительного процесса обычно носило острый характер (66,7% больных), в то время как при наличии заболеваний мочевыделительной системы острый процесс наблюдался только в 23,7% случаев (9 человек).

Наиболее частыми жалобами детей с вульвовагинитами на фоне заболеваний мочевыделительной системы были дизурические явления, зуд и жжение в области наружных половых органов и промежности, боли в поясничной области, повышенная утомляемость, плохой аппетит, периодическая гипертермия или субфебрилитет. Матери девочек отмечали беспокойное поведение, плохой сон и капризность. Выделения из половых путей носили разнообразный характер: гнойные, сукровичные или серозные.

В периоды обострения основными жалобами пациенток группы сравнения являлись жжение и зуд в области наружных половых органов, капризность.

При осмотре гениталий у девочек с заболеваниями мочевыделительной системы обращали на себя внимание следующие анатомические особенности: необычно близкое расположение наружного отверстия уретры к входу во влагалище (у 12), некоторое зияние половой щели (у 6), синехии малых половых губ (у 13).

При осмотре гениталий у девочек группы сравнения в 2 случаях диагностированы синехии малых половых губ.

При бактериоскопическом исследовании влагалищных мазков у девочек основной группы отмечалось большое количество лейкоцитов (от 30 до 80 в поле зрения), в то время как в группе сравнения количество лейкоцитов было меньше (от 15 до 25).

В спектре инфекционных возбудителей у девочек основной группы выделены *Staphylococcus epidermidis* - у 19 пациенток, *Staphylococcus aureus* - у 7, *Staphylococcus faecalis* - у 5, *Escherichia coli* - у 19, *Enterococcus* - у 12, *Streptococcus haemolyticus* - у 3, *Proteus* - у 8, *Gardnerella vaginalis* - у 3, *Candida albicans* - у 9. У 28 из 38 девочек были высеяны ассоциации микроорганизмов.

При бактериологическом исследовании мочи были выделены следующие микроорганизмы: *Staphylococcus epidermidis* у 14 пациенток, *Staphylococcus aureus* - у 9, *Staphylococcus faecalis* - у 7, *Escherichia coli* - у 13, *Enterococcus* - у 10, *Streptococcus haemolyticus* - у 1, *Proteus* - у 10, *Candida albicans* - у 3. Ассоциации микроорганизмов были выделены у 34 девочек из 38.

У девочек группы сравнения при бактериологическом исследовании влагалищной микрофлоры выделен обильный рост *Staphylococcus epidermidis* у 11 пациенток, *Staphylococcus aureus* - у 3, *Staphylococcus faecalis* - у 1, *Escherichia coli* - у 2, *Enterococcus* - у 1, *Streptococcus haemolyticus* - у 2, *Gardnerella vaginalis* - у 1, *Candida albicans* - у 1. У 7 из 15 девочек были высеяны ассоциации микроорганизмов. Следовательно, у девочек с вульвовагинитами, не имеющих сопутствующей нефроурологической патологии, при влагалищных посевах чаще определялась кокковая флора (стафилококк, стрептококки, энтерококки).

Таким образом, воспалительные заболевания вульвы и влагалища встречаются у значительного большинства девочек с заболеваниями мочевыделительной системы. Течение их у данной категории больных имеет ряд особенностей: высокая частота хронизации, более тяжелое течение, преобладание кишечной палочки в посевах отделяемого влагалища и мочи. Поскольку вульвовагинальная инфекция поддерживает воспалительный процесс в мочевыделительной системе, эти особенности необходимо учитывать при планировании и проведении лечебных мероприятий. Особенно важным является своевременное выявление обструктивного компонента у девочек с хронической инфекцией мочевых путей (гидронефроз, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря), так как при данных заболеваниях имеются условия для персистирования инфекционного процесса.

Литература:

1. Гуркин, Ю.А. Здоровье девочки. Профилактика и лечение воспалений гениталий у девочек и девушек-подростков / Ю.А. Гуркин, Л.Е. Михайлова. - Изд-во СПб ГИТА, 2003. - 96 с.
2. Коколина, В.Ф. Диагностика и лечение вульвовагинитов / В.Ф. Коколина, Д.А. Бижанова // Педиатрия. - 1993. - № 6. - С. 57-59.
3. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах / В.М. Коршунов [и др.] // Учебное пособие. - М., ВУНМЦ МЗ РФ, 1999 - 80 с.
4. Малова, И.О. Бактериальный вагиноз в детском возрасте: особенности течения и основные принципы лечения / И.О. Малова // Вестн. дерматол. и венерол. - 1999. - № 1. - С. 39-42.